# 健康信息分享授权

PerformCARE®

本表格用于当联邦和州隐私法律提出请求时，分享需要您提供授权的受保护健康信息（以下简称 **“PHI”**）。

HIPAA的隐私条款要求保护个人可识别健康信息。这些条款将“受保护的健康信息”定义为以下方面的信息：

- 个人在过去、现在或将来的身体或精神健康或状况。
- 向个人提供医疗保健服务。
- 个人在过去、现在或将来接受的医疗保健服务的给付费用。

信息保护适用于从个人收集或由医疗服务提供者、保健计划、医疗保健信息交流中心或雇主收到或创建、并以任何形式或媒介进行维护或传输的信息。

您的授权将使得 PerformCare NJ 与您所选的个人或组织分享您的 PHI。您还可以选择许可这些人员或组织向 PerformCare NJ 分享您的 PHI。您可以随时向 PerformCare NJ 提交一份请求，取消这项授权。请联系成员服务：**1- 877-652-7624 or TTY**（用于听障人士） **1-866-896-6975** 获得更多详细说明。

| **A 部分、青年信息：（将要分享何人的 PHI）** | | |
|---|---|---|
| 青年名字： | | 中间名首字母： |
| 姓氏： | 网络身份： | |
| 街道地址： | | |
| 城市： | 州： | 邮政编码： |
| 青年出生日期： | 日间电话号码（含区号）： | |
| 电子邮件： | | |
| 电子邮件： | | |

| **B 部分、接收人：（将收到您的 PHI 的个人或组织）** | | |
|---|---|---|
| 以下个人或组织有权接收我的 PHI：<br>**您是否希望以下个人或组织也可以与我们分享您的 PHI?** ☐ 是 ☐ 否 | | |
| 名字： | 姓氏： | |
| 组织名称（如适用）： | | |
| 地址： | | |
| 城市： | 州： | 邮政编码： |
| 电话号码（含区号）： | 传真号码（含区号）： | |
| 与 A 部分所列青年之间的关系： | 接收人电子邮件： | |

## C 部分、描述即将分享的 PHI：

请告知我们哪些类型的 PHI 可供分享。勾选项目数量不限。必须至少勾选一项。注意：州和联邦法律允许在未经您授权的情况下共享 PHI。

**医疗记录**

☐ 所有与本人健康相关的 PHI，以及本人的医疗保健保险利益和服务的提供和支付，**但心理/行为健康和下一个复选框下描述的医疗病症除外。**
注意：联邦法律规定，必须取得单独授权后方可分享心理治疗笔记。

☐ 某些法律允许您就某些医疗病症的 PHI 提供特定授权许可。如果您同意我们分享这些医疗病症的 PHI，请勾选以下方框。您勾选这些方框即表示您同意分享包含这些医疗病症的 PHI 的全部记录。如果您只想授权分享某种医疗病症的部分记录，例如仅与一种诊断相关的记录，则请填写下方的“仅限有限信息”部分。

- ☐ 遗传信息
- ☐ 人类免疫缺陷病毒/艾滋病 (HIV/AIDS)
- ☐ 物质或酒精使用
- ☐ 性传播疾病
- ☐ 堕胎及计划生育
- ☐ 传染病

**心理/行为健康记录**

☐ 某些法律允许您就某些心理/行为健康的 PHI 提供特定授权许可。如果您同意我们分享心理/行为健康的 PHI，请勾选以下方框。勾选此方框即表示您同意分享所有包含心理/行为健康（包括住院治疗）的 PHI 的记录。

- ☐ 心理/行为健康（包括住院治疗）

☐ **仅包含有限信息。**请在以下方框中说明您希望分享的 PHI。例如：

- 与我在[日期]的服务有关的索赔。
- 与我在[日期]的索赔有关的上诉信息。

请说明您希望分享的信息：

## D 部分、本授权的目的：

**本授权仅针对以下目的分享 PHI 有效。（请勾选一项或两项方框。）**

☐ 有助于诊断、治疗、管理和/或支付我的健康需求。

**或**

☐ 出于以下原因：

如果用于上述目的之外的任何目的，本授权将无效。

日期：

**E 部分、本授权的到期日：**

**本授权将在签署之日起一 (1) 年后自动终止，除非您选择更早的日期。如果您希望提前终止此授权，请在下方填写终止日期。**

☐ 我希望此授权于 _____ 终止。

**或**

☐ 满足以下事件或条件后：_____。

**F 部分、批准：（您或您的个人代表必须签署本表并注明日期来完成这份授权。）**

本人理解授权分享本人的 PHI 纯属自愿行为，不是获取保险福利资格或给付索赔的条件。本人理解 PerformCare NJ 必须接到有关该事件/条件的通知，才可取消本授权。除非您选择了一个提前终止的日期，否则本授权将在签署之日一年后自动失效。本人理解可以随时向 PerformCare 提出请求取消本授权，且授权取消不会影响请求取消之前已经采取的措施。

本人还理解如果本人取消了这项授权，若本人希望上文 B 部分列出的个人或组织不再分享本人的 PHI，则应分别通知这些个人或组织。本人还理解如果本人在上文授权获取本人的 PHI 的个人和组织不受联邦或州健康信息隐私法的约束时，他们可以进一步分享我的 PHI，且这类信息将不再受到联邦或州隐私法律的保护。鉴于本授权书的签署，本人理解本人或本人的个人代表有权收到本表格的副本，并审核可能被分享的本人 PHI。

| **青年/家长签名：本人在下方签名即表示本人授权按照上述方式分享我的 PHI。** | |
|---|---|
| 青年/家长签名： | 日期： |

| **个人代表信息：本人在下方签字，即表明授权分享上述青年的 PHI。（个人代表是指有法定授权代表此青年做出医疗决策的人员。《授权书》或其他合法医疗保健文书必须保存在 PerformCare NJ 的档案中，且与本表同时提交。）** | |
|---|---|
| 个人代表或法定监护人的名字（工整书写）： | |
| 个人代表地址： | |
| 个人代表授权描述： | |
| 个人代表签名： | |
| 日期： | 电话： |

## 健康信息共享授权附录

**口头同意**

我们兹此签名以证明上文 A 部分中所述之成员**无法亲自**签署本授权。口头同意并不能取代证明其他人是此青年的个人代表的文件，亦不能仅因为此青年不便于签名就以口头同意来取代这份证明文件。

此青年不能签名的理由如下：

以下签名表明：

- 本表中的信息已传达给该青年。
- 该青年表示已经理解本授权书的信息。
- 该青年自愿表示同意。

与成员沟通的方式：

☐ 电话

☐ 当面

☐ 其他（请注明）：

| | |
|---|---|
| 见证人正楷姓名： | 见证人正楷姓名： |
| 见证人签名： | 见证人签名： |
| 日期： / / | 日期： / / |

## 请将本表填妥后寄回至：

PerformCare NJ, 300 Horizon Drive, Suite 306, Robbinsville, NJ 08691
或传真至：**1-877-736-9166（免费电话）**
或发送电子邮件至：**shared-pcnjhealthinfo@performcarenj.org**